Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 3 — 8 Janvier 1896. — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LA PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE DANS SES RAPPORTS AVEC LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE ET LA POLYNÉVRITE MOTRICE, par F. Raymond 13

ANALYSES

Médecine : Pronostic de la diphtérie, par L. Bernhard. — Etude sur le pneumo-paludisme du sommet, par H. de Brun 16
Thérapeutique et Matière médicale : Sur la curabilité de la lèpre à propos d'un cas authentique de guérison, par Goldschmidt 16

La question des étudiants étrangers, par P. Langlois. XI
Le Concours du Bureau central, par F. Jayle. . . . XII

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine XIII
Société anatomique : Abcès froid de la langue, M. Auclair XIII
Sociétés étrangères : Allemagne, Russie, Italie, Etats-Unis XIII

MÉDECINE PRATIQUE

L'eau chaude en chirurgie. — Les injections vaginales en gynécologie. XIV

FORMULAIRE PRATIQUE

Conjonctivite purulente des nouveau-nés. — Hydrocèle. — Hémorrhoïdes et fissures anales XV

BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE

Diphtérie. XVI

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic bactériologique des maladies microbiennes à l'usage des médecins praticiens, M. Trouessart. — Précis d'Hygiène publique et privée, M. P. Langlois. — Cours élémentaire de statistique, M. Jacques Bertillon. — Technique de l'exploration oculaire. Introduction à l'étude de l'ophtalmologie, M. Vignes. — Technique microscopique appliquée à l'anatomie pathologique et à la bactériologie, MM. Von Kahlden et Laurent. — L'opération du trépan, MM. F. Terrier et Peraire. — Les variations de la mortalité à Paris. Leur cause météorologique, M. F. Chiais. XVI

Répertoire thérapeutique XVII

LA QUESTION

DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

La presse politique, ou suivant l'expression consacrée, mais non justifiée, la grande presse, s'est occupée cette année des questions universitaires.

La décision, prise en haut lieu, d'éloigner les étudiants étrangers des diverses Facultés de Paris a été très discutée; si cette mesure, qne nous tenons pour désastreuse, a trouvé des défenseurs, elle a trouvé aussi, nous sommes heureux de le reconnaître, quelques adversaires courageux. Mais nous n'hésitons pas à le déclarer, il est certains noms que nous avons été étonnés de ne pas rencontrer parmi les protestataires. Il s'est fondé en effet une ligue universitaire internationale qui a pour objet de faciliter aux étudiants les études dans les pays étrangers; un paragraphe de son programme comporte même l'étude des équivalences. Cette ligue, dont le but est si noble, compte un certain nombre de professeurs de l'enseignement supérieur, appartenant aux diverses Facultés de Paris; or, pas un, à notre connaissance, n'a élevé une voix de protestation contre la mesure réactionnaire, rétrograde, prise : tous se sont inclinés devant le fait accompli.

Nous ne voulons pas aujourd'hui aborder à fond la critique complète de cette circulaire; nous attendons en effet des chiffres précis, les résultats d'une enquête sévère, pour démontrer la gravité d'une pareille mesure, les dangers que le protectionnisme intellectuel, survenant après le protectionnisme commercial de M. Méline, peut faire courir à notre pays.

Si nous abordons avec énergie cette question, c'est que nous avons été en quelque sorte particulièrement touché par cette mesure. Depuis plus d'une année, en effet, nous avons été conduit à nous occuper des étudiants franco-canadiens. L'année dernière, dix-huit de nos frères d'outre-mer étaient venus à la Faculté de médecine; le Dr Beausoleil, *registrar* de l'Ecole de Montréal était arrivé à Paris, désireux d'encourager ce mouvement; nous comptions mener une campagne active pour le stimuler, pour faire en sorte que l'échange intellectuel entre le Canada français et l'ancienne mère-patrie s'étendît, ne se bornât plus aux livres de piété de l'imprimerie Mame. Il y a six mois, au banquet de l'Alouette, nous applaudissions aux paroles si encourageantes de l'honorable commissaire général du Canada, M. Fabre. Tous ces beaux projets, ces belles espérances doivent désormais être abandonnés et comme la Perette du bon La Fontaine, il faut dire adieu à nos rêves joyeux.

La circulaire incriminée, en effet, force les étudiants étrangers à prendre leur inscription en province. Nous ne ferons pas injure au ministre et à ses inspirateurs, de penser qu'ils croient détourner ainsi vers les Facultés de province, le puissant courant qui attire l'étranger à Paris. Déjà, l'étudiant français, qu'une foule de raisons économiques ou familiales devraient retenir dans l'université provinciale accourt à Paris, et on voudrait que l'étudiant étranger qui a traversé l'Atlantique, qu'aucun lien n'attire dans une ville de province, qui même, par suite d'une sélection forcée, ne peut être arrêté par la cherté de la vie, renonce à Paris pour aller à Lille ou à Bordeaux. Déjà les statistiques actuelles nous montrent que sur 1.192 étudiants étrangers répartis dans toutes les Facultés de France, plus de 1.000 se trouvent à Paris; les 150 autres, boursiers de leurs gouvernements, sont presque tous à Montpellier et à Nancy.

Il faut le dire franchement et sans hypocrisie : supprimer l'accès de la Faculté de Paris, c'est éloigner l'étranger de France.

On parle d'élever le niveau des Universités provinciales et par quels moyens! Déclarer que tel diplôme étranger est insuffisant pour Paris, mais qu'il peut suffire pour Montpellier ou Toulouse, n'est-ce pas, vis-à-vis de l'étranger tout au moins, et même des Français, faire de ces Facultés, des écoles de second ordre, les discréditer? Il suffit de rappeler à cet égard ce qui s'est passé pour la Faculté de Genève. Le Gouvernement bulgare envoyait depuis quelques années ses boursiers dans cette ville; quand il apprit que le diplôme donné par l'Ecole de Genève ne concédait pas le droit d'exercer dans toute la Confédération, il vit là une cause d'infériorité, un amoindrissement de la valeur même du diplôme et il adressa ses jeunes gens à Nancy. Quelle valeur aura donc le diplôme de docteur de Nancy, de Montpellier, à Buenos-Ayres, à Athènes, quand on saura que le même étudiant n'aurait pu être reçu à Paris?

L'Allemagne, dont les Universités sont si florissantes, qui, sans connaître les beautés des concours, présente un état-major scientifique si considérable, ne redoute pas l'élément étranger; loin de là, elle l'attire par toutes les séductions possibles. Les chiffres ici sont éloquents. En 1884, les Facultés de médecine de l'Empire allemand renferment 7.366 étudiants, dont 2.778 étrangers; en 1892, 8.000 étudiants, dont 4.077 étrangers, soit plus de la moitié d'étrangers.

Et l'Allemagne comprend quelle force puissante elle trouve dans cet enseignement donné aux étrangers. Un seul exemple suffira.

Croit-on que l'influence incontestable que l'Allemagne exerce aujourd'hui sur le Japon n'est pas liée au rôle joué par ses savants? où se sont formés les Kitasato, les Ogata, les Kumagawa et toute la

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

PURGATION POUR RÉGIME
CARABANA
Guérit Congestion, Constipation.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

pléiade, certainement non négligeable, des savants japonais ? A Berlin. Qu'enseigne-t-on à l'Université impériale de Tokio ? La science allemande, dans des livres allemands.

Pendant la guerre sino-japonaise, les instruments de chirurgie, les pièces de pansements étaient d'origine allemande. Ce dernier détail montre quelle relation étroite existe entre le développement intellectuel et le développement commercial. En réclamant, pour le maintien des idées libérales qui ont fait l'honneur de notre vieille Faculté de Paris, nous n'envisageons donc pas seulement le côté intellectuel, nous sommes plus pratique et nous croyons défendre encore les intérêts matériels de notre pays.

C'est à ces intérêts complexes que soulève cette question que nous faisions allusion au commencement de cet article, en disant que nous voulions faire une enquête plus approfondie. Nous espérons, à cet égard, compléter les chiffres que nous avons déjà, pour montrer l'influence heureuse que peut exercer directement sur les industries du livre, des instruments de chirurgie et de précision, indirectement sur les autres industries, et, par suite, sur la richesse générale du pays, l'essor de l'enseignement supérieur en France.

La crise médicale, que nous ne pouvons nier, n'a pas sa cause dans le nombre des étudiants étrangers. En 1892, sur 1.300 étudiants nouveaux, il y avait 163 étrangers ; on admettra bien que tous ces jeunes gens ne comptent pas s'établir en France, qu'un petit nombre, en réalité, exercent dans notre pays. Peut-être même, pourrait-on prendre quelques mesures restrictives, non pas pour l'obtention du diplôme scientifique, mais pour la pratique de la médecine. Nous reviendrons sur cette question ; mais nous espérons encore que la mesure si réactionnaire sera rapportée, et qu'on trouvera des procédés moins ridicules et moins problématiques pour attirer les étudiants, surtout les étudiants français, dans les Facultés de province, dont quelques-unes meurent d'anémie.

En terminant son rapport sur la situation des Facultés, M. Friedel, tout en constatant les difficultés que causent aux études sérieuses l'affluence trop grande des étudiants à nos Facultés et Écoles de Paris, ajoute : « Il est d'un grand intérêt pour la France qu'un nombre aussi grand que possible de jeunes gens étrangers viennent acquérir à nos foyers universitaires une culture qui fasse d'eux des amis fidèles de notre pays, et parfois des missionnaires de ses idées ». Nous sommes heureux de citer ces lignes et d'appuyer notre défense d'un témoignage si autorisé. L'honorable professeur de la Sorbonne sait, en effet, mieux que qui que ce soit, par les élèves qu'il a formés, l'influence heureuse que peut exercer un enseignement élevé, non seulement dans son pays, mais encore en dehors des limites étroites des frontières politiques.

P. Langlois.

P. S. — A propos du remarquable rapport de M. Friedel, nous croyons devoir signaler ce fait désastreux : la bibliothèque de la Faculté de médecine qui, pendant l'année scolaire, a reçu 159.000 lecteurs ayant consulté 270.000 volumes, n'a pu, faute de crédits disponibles, acheter un seul volume cette année et a dû renoncer à 60 abonnements de périodiques ! Les folies des architectes se payent cher. P. L.

LE CONCOURS DU BUREAU CENTRAL

C'est une banalité de dire que le concours du Bureau central demande à être revisé et qu'il cause une perte sérieuse de temps à tous ceux qui le préparent. Préférant à tous les raisonnements les chiffres qui ont toujours le mérite de la clarté et de l'évidence, j'ai dressé les différents tableaux suivants, qui peuvent servir, ce me semble, à combattre le bon combat.

Les premiers nous montrent la progression ascendante des candidats, en particulier pour la médecine.

Médecine.

Années	Nombre de candidats	Nombre de places	Candidats nommés
1872.	34 33	3 3 } 6	Fernet, Lécorché, Damaschino, Martineau, Hayem, Ferrand.
1873.	27	3	Rigal, Audhoui, Duguet.
1874.	34	3	Gérin-Rose, d'Heilly, Lépine.
1875.	36	2	Grancher, Liouville.
1876.	30	2	Dieulafoy, Straus.
1877.	36 33	3 3 } 6	Gouguenheim, Hallopeau, Debove, Legroux, Rendu, Gouraud.
1878.	33 30	3 3 } 6	Tenneson, Raymond, Landrieux, Quinquaud, Sevestre, Huchard.
1879.	33 34	3 3 } 6	Troisier, Joffroy, Labadie-Lagrave, Landouzy, Rathery, Hutinel.
1880.	35 36	3 3 } 6	Gaillard-Lacombe, Hanot, Ducastel, Homolle, Dreyfus-Brisac, Moutard-Martin.
1881.	33 36	3 3 } 6	Danlos, Gingeot, Coffer. Robin, Roques, Balzer.
1882.	40 41	3 2 } 5	Moizard, Déjerine, Gombault, Tapret, Barth.
1883.	48	2	Letulle, Chauffard.
1884.	54 59 48	3 3 3 } 9	Oulmont, de Beurmann, Muselier, Brissaud, Merklen, Faisans, Talamon, Ballet, Brault.
1885.	50 49	3 2 } 5	Barié, Renault, Brocq, Comby, Chantemesse.
1886.	51	2	Hirtz, Gaucher.
1887.	62	3	Josias, Juhel-Rénoy, Martin.
1888.	64	3	Marie, Netter, Gilbert.
1889.	66	3	Dreyfus, Petit, Variot.
1890.	68 64	3 3 } 6	Babinsky, Charrin, Siredey, Richardière, Thibierge, Galliard.
1891.	71 71	3 2 } 5	Mathieu, Delpeuch, Lermoyez, OEttinger, Le Gendre.
1892.	72	3	Bourcy, Roger, Marfan.
1893.	72 74	3 3 } 6	Gilles de la Tourette, Béclère, Giraudeau, Achard, Lebreton, Widal.
1894.	74 77	3 3 } 6	Darier, Thoinot, Girode, Ménétrier, Duflocq, Queyrat.
1895.	75 74 —	3 3 3 } 9	Vaquez, Launois, Wurtz, Guinon, Morel-Lavallée, Dalché.....

Chirurgie.

Années	Nombre de candidats	Nombre de places	Candidats nommés
1872.	14	3	Le Dentu, Périer, Th. Anger.
1873.	16	2	Terrier, Delens.
1874.	16	2	Nicaise, Lucas-Championnière.
1875.	16	1	Gillette.
1876.	17	2	Terrillon, Marchand.
1877.	13	3	Berger, Monod, Pozzi.
1878.	12 12	2 2 } 4	Humbert, Peyrot, Bouilly, Blum.
1879.	14	2	Reclus, Bourdon.
1880.	15	2	Félizet, Richelot.
1881.	18	2	Kirmisson, Schwartz.
1882.	19	3	Duret, Reynier, Henriot.
1883.	19	2	Segond, Quénu.
1884.	17 19	2 2 } 4	Campenon, Jalaguier, Nélaton, Prengrueber.
1885.	20	2	Brun, Routier.
1886.	24	2	Marchant, Bazy.
1887.	25	2	Tuffier, Picqué.
1888.	23	2	Michaux, Chaput.
1889.	22	2	Ricard, Poirier.
1890.	19	2	Broca, Walther.
1891.	18	2	Lejars, Potherat.
1892.	16	2	Guinard, Hartmann.
1893.	18	2	Delbet, Rochard.
1894.	18	2	Albarran, Beurnier.
1895.	20 18	2 2 } 4	Sébileau, Faure. Demoulin, Legueu.

Accouchements.

Années	Nombre de candidats	Nombre de places	Candidats nommés
1882.	16	4	Budin, Porak, Pinard, Ribemont.
1883.	10	2	Maygrier, Bar.
1884.	9	1	Champetier de Ribes.
1885.	8	1	Doléris.
1886.	8	1	Auvard.
1889.	9	1	Bonnaire.
1891.	10	1	Boissard.
1894.	10	2	Lepage, Varnier.

Si, d'autre part, on établit la proportionnalité par an entre le nombre des concurrents et celui des candidats nommés, on voit que cette proportionnalité n'a pas varié autant qu'on pourrait le croire.

Médecine.

1872	1/6.	1878	1/5.	1884	1/6.	1890	1/11.
1873	1/9.	1879	1/5.	1885	1/10.	1891	1/14.
1874	1/11.	1880	1/6.	1886	1/25.	1892	1/24.
1875	1/18.	1881	1/6.	1887	1/20.	1893	1/12.
1876	1/15.	1882	1/8.	1888	1/21.	1894	1/12.
1877	1/5.	1883	1/24.	1889	1/22.	1895	1/8.

Chirurgie.

1872	1/5.	1878	1/3.	1884	1/5.	1890	1/10.
1873	1/8.	1879	1/7.	1885	1/10.	1891	1/9.
1874	1/8.	1880	1/8.	1886	1/12.	1892	1/8.
1875	1/16.	1881	1/9.	1887	1/12.	1892	1/8.
1876	1/8.	1882	1/6.	1888	1/12.	1894	1/8.
1877	1/4.	1883	1/9.	1889	1/11.	1895	1/5.

Et par périodes de cinq années on obtient :

Médecine.

1872-1875	1/11.	1880-1885	1/11.	1890-1895	1/14.
1875-1880	1/7.	1885-1890	1/20.		

Chirurgie.

1872-1875	1/9.	1880-1885	1/8.	1890-1895	1/8.
1875-1880	1/6.	1885-1890	1/12.		

Le nombre des places données aujourd'hui et il y a vingt ans est donc proportionné, à peu près de la même manière, au nombre des candidats. Mais, comme le mode de recrutement n'a pas varié, le résultat est obtenu par une multiplication des concours, d'où un supplément d'énervement et de fatigue pour les candidats.

En médecine, de la période de 1875 à 1880, l'heureux élu a concouru en moyenne 6 fois. De 1890 à 1895, le même privilégié a concouru 10 fois. Sur 25 candidats nommés de la première période, 10 ont concouru moins de 6 fois ; sur 26 de la seconde, 2 ont concouru moins de 6 fois. En chirurgie, c'est à peu près la même chose.

Plusieurs candidats sont arrivés après 16 et 17 concours. Faut-il enfin rappeler le cas d'un de nos maîtres les plus estimés qui fut reçu *ex æquo* troisième avec un de ses collègues ; étant le plus jeune, il ne fut pas nommé. Au concours suivant, il se représenta, mais fut retoqué.

Sans insister davantage, je conclurai en disant que le défaut du système actuel est d'exiger une répétition énervante des mêmes épreuves. Il faut simplifier et chercher à supprimer, ou tout au moins à restreindre, ces épreuves écrites et orales où la mémoire et l'habitude font presque tous les frais.

F. Jayle.

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15 janvier 1896, à 1 heure. — M. Masquery : Etude sur les kystes hydatiques du mésentère et des mésocôlons ; MM. Tillaux, Terrier, Tuffier, Walther. — M. Martin (Raymond) : De l'influence des ulcérations du placenta sur le développement du fœtus, et sur la santé du nouveau-né durant les dix premiers jours qui suivent la naissance ; MM. Tillaux, Terrier, Tuffier, Walther. — M. Valois : Blessures par grains de plomb de l'organe de la vision ; MM. Terrier, Tillaux, Tuffier, Walther. — M. Barruol : Complications cardiaques de la blennorrhagie ; MM. Potain, Landouzy, Gaucher, Netter. — M. Grésillon : La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax ; MM. Potain, Landouzy, Gaucher, Netter, — M. Gosset : Le mariage des chlorotiques ; MM. Landouzy, Potain, Gaucher, Netter.

Jeudi 16 janvier 1896, à 1 heure. — M. Chesnais : Etude sur la fièvre typhoïde à la campagne ; MM. Debove, Raymond, Marie, Marfan. — M. Redhon : Des troubles cardiaques de l'hystérie ; MM. Raymond, Debove, Marie, Marfan. — M. Joband : Accidents et complications de la symphyséotomie ; MM. Guyon, Berger, Maygrier, Albarran. — M. Mérieux : Contribution à l'étude clinique de la phlébite variqueuse suppurée : MM. Berger, Guyon, Maygrier, Albarran. — M. Lalande : Arnaud de Villeneuve. Sa vie. Ses œuvres ; MM. Laboulbène, Berger, Maygrier, Albarran. — M. Blancard : Réflexions sur l'hygiène de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum à la campagne, abus et imprudence des matrones : MM. Lannelongue, Berger, Maygrier, Albarran.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 janvier 1896. — 1er MM. Blanchard, Weiss, André. — 2e (Deuxième partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Gilles de la Tourette. — 3e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Pinard, Reclus, Ricard. — 3e Oral (Première partie), (2e série) : MM. Marchand, Tuffier, Delbet.

Mardi 14 janvier 1896. — 2e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (Première partie) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 3e (Deuxième partie) : MM. Debove, Achard, Charrin. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Le Dentu, Nélaton. — 5e (Deuxième partie), Charité, (1re série) : MM. Cornu, Marie, Ménétrier. — 5e (Deuxième partie), Charité (2e série) : MM. Proust, Chantemesse, Thoinot.

Mercredi 15 janvier 1896. — Médecine opératoire : MM. Reclus, Lejars, Poirier. — 2e (Deuxième partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Retterer. — 3e Oral (Première partie) : MM. Marchand, Ricard, Broca.

Jeudi 16 janvier 1896. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Le Dentu, Hartmann. — 3e (Deuxième partie) : MM. Joffroy, Charrin, Achard. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 17 janvier 1896. — 2e (Deuxième partie) : MM. Pouchet, Retterer, Weiss. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Reclus, Delbet. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Hayem, Landouzy, Letulle. — 5e (Première partie), Obstétrique, clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Lejars.

Samedi 18 janvier 1896. — 2e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Duplay, Nélaton. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu, (1re série) : MM. Cornil, Chantemesse, Ménétrier. — 5e (Deuxième partie) Hôtel-Dieu, (2e série) : MM. Raymond, Hutinel, Roger.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ont obtenu :

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Souques	18—25	Hudelo	16—35
		Florand	18 1/2—36 1/2

Séance du 7 janvier.

Concours de l'Internat. — Ont obtenu :

Séance du 3 janvier (voir *Presse médicale* du 4 janvier).

Au lieu de H. Guillemot (I. P.) — 12—37, lire H. Guillemard — 12—37.

Séance du 5 janvier.

Artères de la jambe; *Phlegmatia alba dolens.*

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Sikora	11—34	Ghika (I. P.)	19—47
Gaullieur l'Hardy (I. P.)	17—40	Legay	10—32
Théohari (I. P.)	18—45	Rellay	16—40
Keim (I. P.)	18—45	Chaillous	18—44
Deguy (I. P.)	19—45	Moret (I. P.)	17—40

Séance du 6 janvier.

Glotte; *Diagnostic et indications thérapeutiques du croup.*

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Leven	12—34	Turner	17—43
Rosenthal (I. P.)	19—46	Gibert (I. P.)	16—43
de Font-Réaulx	17—42	Rebreyend	19—46

Séance du 7 janvier.

Arrière-cavité des épiploons; *Signes et valeur séméiologique de l'ascite.*

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Veuillot (I. P.)	16—41	E. Mercier	17—43
Roux (I. P.)	19—43	Masselon	15—35
Fournié	12—33	Célos	17—39
Herrenschmidt	17—43	Bernheim	16—43
Constensoux (I. P.)	17—43		

NOUVELLES

Revue russe de psychiatrie, de neurologie et de psychologie expérimentale. — Cette revue paraîtra *en langue russe* le 20 de chaque mois, par fascicules de 80 pages, sous la direction de M. W. Bechterew, professeur et directeur de la clinique de maladies mentales et nerveuses à Saint-Pétersbourg.

Elle contiendra : I. Des travaux originaux concernant la psychiatrie, la neuropathologie, la neurologie, la psychologie expérimentale, l'hypnotisme, l'anthropologie criminelle, etc. — II. Des revues critiques et des résumés. — III. Des comptes rendus et des correspondances. — IV. Chronique, nouvelles, divers. — V. Critique, bibliographie. — VI. Des biographies et des nécrologies. — VII. Publications.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

7 janvier 1896.

M. Empis, avant de quitter le fauteuil présidentiel résume les travaux présentés à l'Académie dans le courant de l'année 1895, adresse un dernier adieu à ceux de ses collègues que la mort a enlevés et souhaite la bienvenue aux nouveaux académiciens élus.

M. Caventou, nouveau vice-président, vient ensuite remercier ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'élevant à cette dignité.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

3 janvier 1896.

Abcès froid de la langue. — M. Auclair rapporte l'observation d'un malade qui présentait des symptômes cliniques de tuberculose pulmonaire. Il était également porteur d'une ulcération linguale siégeant à 2 centimètres en arrière de la pointe; cette ulcération reposait sur une base fluctuante. Une ponction faite à ce niveau permit de retirer un liquide, où l'on rechercha sans succès la présence de bacilles de Koch. Ce liquide inoculé à un cobaye le fit mourir de tuberculose après quelques semaines. Le diagnostic porté fut donc de tuberculose linguale.

Le malade meurt de sa tuberculose pulmonaire. On retire la langue, et on la sectionne au niveau de l'ulcération. L'abcès est vide, mais au-dessous on trouve un tissu rosé embryonnaire où l'on trouve des granulations tuberculeuses sous forme de points jaunes.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

A la *Société médicale de Kiel* **M. Bier** a rapporté, trois observations d'**élimination de l'intestin**, opération imaginée par Baracz et Rydygier, et consistant comme nos lecteurs le savent d'après les analyses publiées dans la *Presse médicale*, à remplacer la résection d'une ou de plusieurs anses, par la suture des deux bouts sectionnés de l'anse qu'on abandonne, ainsi isolée, dans l'abdomen. A en juger par la communication de M. Bier, cette opération, très décriée à ses débuts, a fini par conquérir son droit de cité. Dans les cas rapportés par M. Bier, l'élimination de l'intestin était du reste la seule façon possible de terminer l'opération.

La première observation se rapporte à un individu qui, après deux ans d'appendicite à répétition, est pris de phénomènes classiques de sténose chronique et progressive de l'intestin. Il entre à l'hôpital amaigri, affaibli, cachectique, avec une tumeur dans la fosse iliaque, semblant faire corps avec le côlon ascendant et se présentant à la palpation, avec tous les caractères d'une tumeur maligne. Quelques jours après, sans diagnostic bien précis, on fait la laparotomie, et, à l'ouverture de la cavité abdominale on trouve une tumeur dure, fibreuse, formée d'adhérences inextricables, faisant corps avec la paroi abdominale, postérieure et enclavant pour ainsi dire le cæcum, reconnaissable à son appendice normal, et le côlon ascendant. L'intestin grêle qui se continuait avec le cæcum était distendu, tandis que le côlon ascendant, dans la partie qui restait de la tumeur, paraissait rétréci, aminci, amaigri, atrophié. Les adhérences étaient tellement solides, tellement soudées aux viscères qu'il ne fallait pas songer à l'extirpation de la tumeur. Aussi M. Bier tourna-t-il la difficulté en pratiquant la simple élimination des parties englobées dans la tumeur.

A cet effet il sectionna l'intestin grêle près de la valvule iléo-cæcale, et le côlon ascendant près de l'angle qu'il forme avec le côlon transverse; puis ayant abouché par une suture circulaire le côlon ascendant et l'intestin grêle, il ferma par une suture le bout de l'intestin grêle qui est resté adhérent à la tumeur et fixa dans la plaie abdominale le bout du côlon ascendant, resté également en connexion avec la tumeur. Il ferma ensuite la plaie abdominale et couvrit le tout d'un pansement antiseptique.

Les suites opératoires furent des plus simples et la plaie guérit par la première intention. L'écoulement qui les premiers jours se faisait à travers le bout fixé du côlon diminua à mesure que la fistule se rétrécissait. Actuellement, deux mois après l'opération, il ne reste plus qu'une fistulette par où s'écoule un peu de mucus. La tumeur, qu'on sentait avant l'opération, a presque complètement disparu et le malade est si peu incommodé de sa fistule qu'il refuse toute nouvelle intervention.

Le second cas ressemble fort au précédent et se rapporte encore à un individu atteint de sténose chronique et progressive de l'intestin, consécutive à l'appendicite et entrecoupée, à des intervalles réguliers, par des phénomènes d'obstruction intestinale aiguë. Dans ce cas, à l'ouverture de la cavité abdominale, on ne trouva dans la fosse iliaque, qu'une masse diffuse formée par des adhérences, parmi lesquelles on ne distinguait qu'une partie de la paroi antérieure du cæcum, et encore le cæcum n'a été reconnu qu'après avoir sectionné et relevé l'épiploon qui était compris dans la tumeur fibreuse. La portion terminale de l'intestin grêle, la région iléo-cæcale était complètement cachée par les adhérences. Après de patientes recherches, on finit par trouver à 20 centimètres du cæcum une anse d'intestin grêle, accolée à la paroi postérieure de l'abdomen et passant derrière le cæcum pour se perdre dans la tumeur fibreuse. On put remonter le long de cette anse jusqu'au repli jéjuno-duodénal, et, la longueur de l'intestin grêle ayant été jugée suffisante, on procéda comme dans le cas précédant en éliminant le cæcum, une partie du côlon ascendant et 30 centimètres environ d'intestin grêle, et en suturant le bout libre de l'intestin grêle au bout libre du côlon ascendant. Le malade guérit dans d'excellentes conditions en gardant toutefois une fistule formée par le bout du côlon fixé, comme précédemment, dans la plaie.

Le troisième cas rapporté par M. Bier est une véritable odyssée où la guérison ne fut obtenue tant bien que mal, qu'après la *cinquième* laparotomie.

Ici encore il s'agit d'une femme qui a eu plusieurs attaques d'appendicite opérée à un moment donné, mais ayant laissé des fistules s'écouler. M. Bier était intervenu avec l'idée d'éliminer le cæcum. Mais, l'abdomen ouvert, il se trouva en face des adhérences créées par une péritonite méconnue et englobant cæcum, iléon, côlon qui ne formaient qu'une masse informe. M. Bier crut pourtant reconnaître le cæcum et l'élimina. Or il se trouva que ce qu'il avait pris pour le cæcum était en réalité une anse de l'intestin grêle, si bien que quatre jours après l'opération la malade fut prise d'obstruction intestinale suraiguë. Nouvelle laparotomie et établissement d'un anus contre nature sur l'anse intestinale distendue et fermée précédemment par une suture. Trois semaines après, quand la malade était plus ou moins rétablie de ces deux interventions, on pratiqua une troisième laparotomie dans le but d'anastomoser avec le côlon transverse l'anse sur laquelle on avait établi un anus contre nature. Mais comme les tentatives dirigées dans ce sens avaient échoué, on laissa l'anus contre nature en place, et on aboucha avec le côlon transverse une autre anse d'intestin trouvée dans le petit bassin. Dès lors les matières fécales passèrent en moitié par l'anus naturel, en moitié par l'anus artificiel. Et comme ce dernier ne se fermait pas, malgré plusieurs interventions locales, la malade fut laparotomisée pour la cinquième fois, et l'anus contre nature fermé par élimination de l'anse intestinale sur laquelle il était établi.

A la même Société **M. Bier** a encore communiqué trois cas de **pyloroplastie** qu'il considère comme l'opération de choix dans les rétrécissements cicatriciels du pylore.

Le premier cas était moins une pyloroplastie qu'une duodénoplastie. En effet le rétrécissement cicatriciel siégeait, au-dessous du pylore, sur le duodénum. Il fut sectionné en long par une incision empiétant sur le pylore, et la section longitudinale réunie transversalement. Le malade guérit dans d'excellentes conditions.

Dans le second cas, qui se passa fort bien, on trouva les parois de l'estomac amincies, atrophiées, si bien que le malade, guéri des phénomènes d'obstruction pylorique par l'intervention, eut à se soigner ultérieurement pour une dilatation de l'estomac par atonie des parois.

A la *Société médicale de Kœnigsberg* **M. Lœwenthal** a présenté un homme **guéri par les injections interstitielles d'éther et d'alcool d'un énorme lipome du dos.** Le lipome qui mesurait 19 centimètres de long sur 12 de diamètre s'insérait à la hauteur de la troisième vertèbre cervicale et descendait entre les épaules. Quarante-deux injections faites d'après la méthode de Schwalbe, ont suffi pour amener la disparition presque complète de la tumeur qui, actuellement, ne forme qu'un petit nodule dur qu'on sent à peine à travers la peau plissée.

RUSSIE

La dernière séance de la *Société des médecins des enfants de Moscou* est riche en communications intéressantes. Signalons d'abord la communication de **Kyssèle** sur un cas de **paralysie pseudo-bulbaire chez une fillette de trois ans.** Cette enfant est venue au monde en parfait état; la seule anomalie qu'elle présentait était la flexion très prononcée des doigts et des orteils. Mais bientôt les parents s'aperçurent que l'enfant tétait mal et plus tard, on remarqua qu'elle ne sortait jamais la langue. A part cela, la fillette se développait normalement. A l'âge d'un an environ survint une maladie aiguë, qui a duré trois mois, et qu'on a diagnostiquée comme typhus. Après cette maladie, l'enfant a beaucoup faibli et les troubles de déglutition sont devenus plus prononcés. Elle n'a jamais parlé.

A l'examen on constate que l'enfant ne fait tourner sa langue qu'avec beaucoup de difficultés; il existe une salivation abondante et une odeur très désagréable de la bouche. Le squelette et la musculature sont assez bien développés; il n'y a pas de traces de rachitisme; la nutrition est médiocre; les muqueuses ont leur coloration normale; les gencives tuméfiées, hypérémiées saignent facilement. Les organes internes sont sains. A chaque respiration le sternum s'enfonce profondément. L'ouïe et la vue sont normales. Il existe en outre une simple parésie non atrophique des deux branches inférieures du nerf facial; cette parésie est surtout prononcée dans le muscle orbiculaire de la bouche. L'enfant ne peut retenir les aliments; il lui est impossible également de souffler une allumette.

Les branches supérieures du facial sont normales. L'hypoglosse est parésié des deux côtés. La contractilité musculaire du nerf facial est parfaitement normale; la respiration se fait librement, mais la phonation est troublée. Les extrémités sont très rigides, mais la réaction électrique est conservée. Les réflexes cutanés sont partout exagérés; les réflexes tendineux également, surtout aux extrémités inférieures. Les pieds sont en varus équin. L'enfant peut se tenir debout, si on la soutient, mais il lui est absolument impossible de marcher. Elle urine parfois sous elle; l'appétit est satisfaisant. En résumé, cette enfant présente des accidents bulbaires avec diplégie des extrémités, mais sans atrophie ni modifications de la contractilité musculaire. L'auteur conclut qu'il ne s'agit pas ici, d'une paralysie bulbaire vraie, mais d'une pseudo-paralysie semblable à la paralysie congénitale de Berger.

Mouratoff admet le diagnostic de Kyssèle, il croit que cette pseudo-paralysie se trouve en rapport avec la maladie aiguë dont l'enfant était atteinte à l'âge d'un an. La maladie est incurable, mais il conseille la section des tendons d'Achille : cette opération permettrait à l'enfant de marcher un peu.

Une autre communication faite par **Vermèle** porte sur quelques cas de **fièvre palustre larvée.** Sous ce titre l'auteur désigne toutes les formes atypiques que peut affecter la fièvre palustre, diarrhée, toux, céphalée, névralgie, convulsions; mais en gardant tou-

jours sa physionomie caractéristique : périodicité, intermittence et disparition rapide des accidents. D'après l'auteur, ce sont surtout les affections intestinales qu'on observe chez les enfants. Vermèle a observé 31 cas de ce genre.

Dans un cas, il s'agit d'un enfant de cinq ans qui, en avril 1891, a eu des accès de fièvre palustre. Au mois de mai de la même année diarrhée durant jusqu'au mois d'octobre, qu'on n'a pu arrêter par aucun traitement. Pendant l'hiver de 1895, nouveaux accès palustres et, en été de la même année, diarrhée survenant entre 11 heures du matin et 5 heures du soir, selles liquides, légèrement teintées de sang, contenant du mucus, ventre quelque peu ballonné, région iliaque droite douloureuse; rate perceptible à la palpation. La diarrhée disparut rapidement par l'administration de la quinine, trois heures avant l'accès. Une semaine après la disparition de la diarrhée, survint un accès palustre caractéristique qui céda aussi à la quinine.

Un autre cas concerne un enfant de six mois, nourri au sein, chez lequel survient une diarrhée sans aucune cause apparente : 5 à 6 selles par jour. Après l'administration du calomel, le premier jour de la même maladie, la diarrhée devient périodique : 3 selles entre 8 et 9 heures du matin, 2 selles dans le courant de la journée. La rate n'est pas augmentée de volume. La guérison est obtenue avec deux paquets de quinine à 30 centigrammes. Tous les autres cas sont presque identiques à ceux que nous venons se rapporter : il s'agissait toujours d'enfants de un à dix ans.

Alexandroff fait remarquer que les observations de l'auteur ne sont pas absolument convaincantes, parce qu'il leur manque la preuve décisive, l'examen du sang.

Guippius ajoute qu'il a eu souvent l'occasion de rencontrer cette diarrhée palustre qui cédait toujours rapidement à la quinine.

Vermèle répond à plusieurs objections qui lui sont faites en disant que l'action si rapide et si sûre de la quinine est une preuve suffisante qu'il s'agissait dans ces cas d'une véritable diarrhée palustre. D'autre part, bien qu'il y eût, dans quelques cas, élévation de température et augmentation de volume de la rate, c'est la diarrhée qui était l'accident le plus prononcé. Par conséquent, tous les cas rapportés doivent être placés dans la catégorie des fièvres palustres larvées.

Notons enfin la communication d'**Hippius** sur la **valeur étiologique des angines dans les affections des organes éloignés**. L'auteur rapporte le cas d'un enfant de dix ans, qu'il observe depuis sept ans. Cet enfant n'a jamais eu aucun trouble cardiaque ; dans ses antécédents, on relève une dysenterie (à l'âge de trois ans) et des accès de fièvre palustre (de la cinquième à la huitième année). Dans ces derniers temps, son état général était parfait. Une angine se déclare dans la nuit du 16 mai qui dure deux jours ; le pouls est fréquent (100). Le lendemain, survient de nouveau la fièvre ; le nombre des pulsations est de 120 ; on observe alors un gonflement des amygdales et l'on trouve à l'auscultation un souffle systolique faible, mais très net à la base. Depuis, la température est tombée, mais le souffle systolique de la base reste et est même plus prononcé qu'avant. A partir du mois de juillet, ce souffle commence à diminuer d'intensité et finit par disparaître complètement. Hippius pense que, dans ce cas, l'endocardite se trouve en rapport très étroit avec l'angine folliculaire dont l'enfant était atteint. **Dreyer** demande si l'on ne peut pas rapporter le souffle à une affection du muscle cardiaque. **Hippius** admet cette hypothèse. **Kyssèle** pense que dans tous les cas d'endocardite dont l'origine n'est pas nettement établie, il faut tenir compte avant tout du rhumatisme, qui détermine parfois des troubles presque insignifiants et qui peut même, dans quelques cas, frapper le cœur directement.

ITALIE

A la *Société médico-chirurgicale de Bologne*, **Majocchi** fait une communication sur l'emploi de l'**iodol en vénéréologie**. Il a eu recours à cette substance dans 800 cas environ de chancre mou, chancre induré, érosion du col de l'utérus, et voici quels sont les résultats qu'il a obtenus. Dans le chancre mou, il se produit assez vite une bonne granulation du fond de l'ulcère; dans le chancre induré, l'induration de la base disparaît rapidement. Remarque importante : il faut toujours essuyer soigneusement le fond de l'ulcère pour éviter la décomposition de l'iodol. C'est à cette condition qu'on pourra obtenir de bons résultats thérapeutiques. En ce qui concerne l'action de l'iodol, on sait qu'il agit en dégageant de l'iode qui détermine une irritation sur les tissus environnants.

A la même Société, nous signalons la communication d'**Origi** sur l'**action favorable de l'air sur le développement du bacille tuberculeux**. L'auteur s'est demandé s'il était possible d'activer le développement ordinairement lent du bacille tuberculeux, en faisant passer un courant d'air à travers le récipient contenant la culture de ce microbe. Voici comment il disposa ses expériences. Le courant d'air était déterminé par la pompe de Flécher. Les cultures dans du bouillon glycériné étaient mises dans des bouteilles ayant deux tubulures. Avant d'entrer dans le récipient de culture, l'air passait par ces deux tubes en U dont l'un contenait de l'ouate au sublimé et l'autre de l'eau distillée stérilisée de sorte que l'air était nettoyé, pour ainsi dire, et, en outre, acquérait le degré d'humidité nécessaire.

Les premières expériences portaient sur des bacilles déjà atténués pour voir s'il n'était pas possible de leur rendre la virulence ancienne. En expérimentant sur de l'agar glycériné, l'auteur a pu obtenir, en l'espace de huit à dix jours, des taches blanchâtres bien apparentes. Les mêmes résultats furent obtenus avec du bouillon glycériné, mais le développement était plus rapide dans les bouteilles et les ballons d'Erlenmeyer, bouchés simplement avec de l'ouate, que dans ceux qui avaient été fermés par un bouchon de gomme ou de paraffine.

De cette première série d'expériences, l'auteur conclut qu'un courant d'air traversant le milieu de culture du bacille tuberculeux peut évidemment avoir une influence sur le développement de ce microbe. Il se propose, dans une communication ultérieure, de rapporter les modifications de la virulence et des produits du bacille de Koch.

Signalons encore, à la même Société, les résultats des recherches faites par **Pugliese**, concernant l'action des substances alimentaires sur les fonctions cardiaque et respiratoire. D'après l'auteur, les sucres, les graisses, les peptones, la gélatine, augmentent notablement la fréquence des battements cardiaques, de telle sorte que leur nombre peut monter de 60 à 120. Cette accélération se manifeste une heure après l'introduction des aliments. Quant à la respiration, les substances alimentaires n'ont sur elle aucune action, excepté, toutefois, la gélatine. Cette dernière a même une action très prononcée, et son introduction dans l'économie peut faire monter le nombre de respirations jusqu'au double du nombre normal. Le sucre de canne et la glycose, administrés à hautes doses ont eu, dans quelques cas, une action analogue. Pugliese croit que les substances alimentaires indiquées plus haut, agissent directement sur le myocarde, comme l'a démontré Albertoni pour la glycose.

ÉTATS-UNIS

La **ligature et l'extirpation des anévrysmes** ont fait l'objet d'une courte discussion au *Collège of physiciaus of Philadelphia*. **Thomas S.-K. Morton** a montré un cas d'anévrysme iliaque qu'il a guéri par la ligature transpéritonéale de l'iliaque externe et un autre d'anévrysme poplité guéri également par la ligature de la fémorale.

A ce propos **Joseph Ransohoff** fait remarquer que dans la cure des anévrysmes la récidive est fréquente et qu'elle atteint 10 pour 100 environ. La récidive s'observe principalement lorsqu'on a recours à la ligature dans la continuité de l'artère, après l'emploi de la compression digitale qui augmente la vascularisation du sac. L'auteur rappelle des cas d'anévrysmes poplités récidivés cinq, six et même quinze ans après la ligature de la fémorale. Il préfère l'extirpation dont les difficultés sont au fond plus apparentes que réelles : d'après son expérience personnelle, il ne faut pas craindre la gangrène après la ligature de l'axillaire et même de l'artère ou de la veine poplitée. Il ajoute enfin qu'en revenant sur lui-même, après la ligature simple, l'anévrysme peut déterminer des tiraillements de filets nerveux auxquels il est adhérent, d'où des symptômes douloureux pouvant nécessiter l'amputation du membre. Après l'extirpation on n'a pas ces accidents à craindre.

John Roberts ne croit pas à la récidive *in situ* de l'anévrysme après la ligature faite au-dessus du sac. Si de nouvelles poches se développent, elles siègent soit au-dessus, soit dans le voisinage de la ligature, mais non au lieu même du sac ancien. Il cite à ce propos le cas d'un homme atteint d'un anévrysme poplité en évolution rapide qu'il opéra et guérit; mais le malade revint quelques années plus tard avec un anévrysme axillaire dont il mourut. De cette observation se rapproche une autre de Hearn : un homme atteint d'anévrysme cervical se trouvait porteur d'autres dans différentes parties du corps.

J.-M. Barton rapporte également un cas de ligature de l'artère fémorale pour un anévrysme poplité d'origine traumatique. Deux ans après l'extirpation dut être pratiquée et fut particulièrement laborieuse. Le malade guérit et put reprendre ses occupations. Actuellement, c'est-à-dire plusieurs années après cette deuxième intervention, le malade continue à être satisfait de l'opération qu'il a subie, bien que sa jambe ne puisse supporter de grandes fatigues. L'auteur pense que pour décider de la supériorité de la ligature ou de l'extirpation il faut tenir grand compte du cas même que l'on observe.

Devant la même Société, **C. Fenger** a fait une communication intéressante sur la **chirurgie conservatrice du rein**. En août 1894, il ouvrit par la voie lombaire un sac hydronéphrotique dont les dimensions étaient telles qu'il ne put sentir ni son extrémité supérieure, ni son extrémité inférieure; l'uretère fut introuvable. La poche fut alors drainée : trois mois après, le sac avait considérablement diminué de volume. Dans une seconde opération, l'auteur découvrit l'uretère au-dessous du rein et le suivit en remontant jusqu'à son entrée dans le sac hydronéphrotique : à ce niveau existait un rétrécissement valvulaire qui fut détruit au moyen du procédé opératoire particulier de l'auteur. Dès lors la fistule lombaire se referma et la guérison complète fut obtenue en moins de six semaines.

De ce cas, Fenger déduit le nouveau traitement conservateur de l'hydronéphrose : ouvrir la poche à la région lombaire, attendre sa rétraction, chercher ensuite l'uretère, lever l'obstacle cause de la rétention d'urine et finalement fermer la plaie lombaire.

L'observation suivante est encore un exemple remarquable de chirurgie conservatrice du rein. Un jeune homme atteint de cystite purulente, de pyélite et de dilatation du rein, fut opéré à Philadelphie en mars 1894. La néphrotomie suivie de drainage fut pratiquée; il en persista une fistule qui donna issue à 700 ou 800 grammes d'urine par vingt-quatre heures en moyenne. Six mois plus tard, Fenger chercha s'il n'existait pas une sténose de l'uretère et effectivement il en trouva une à la naissance du bassinet; il fit l'opération plastique ordinaire et pensa que la guérison surviendrait. Il n'en fut rien : la fistule persista. Sept mois plus tard, Fenger eut recours à une nouvelle intervention : il fendit le rein sur son bord convexe et trouva que cet organe était converti en plusieurs saccules dont un seul communiquait franchement avec le pelvis et l'uretère, qui d'ailleurs était perméable.

La fistule rénale était donc due à l'existence d'une sorte de valve intrarénale qui empêchait à l'urine de prendre la voie uretérale. Quatre mois plus tard le rein sectionné fut suturé complètement et la fistule rénale guérit L'auteur fait remarquer que dans ce cas la néphrectomie eût certainement causé la mort, car l'autre rein était atteint de pyélite. D'ailleurs celui-ci eût-il été sain qu'on n'eût pu hésiter à sacrifier un organe sécrétant encore jusqu'à 900 grammes d'urine en vingt-quatre heures.

Enfin dans un troisième cas, il s'agit de tuberculose rénale pour laquelle Fenger fit une néphrectomie partielle, les lésions étant limitées au tiers inférieur du rein. Le bassinet et l'uretère étaient en outre dilatés par suite de l'existence d'une stricture uretérale tout près de la vessie. Il s'établit donc une fistule lombaire. Le malade s'améliora et six semaines plus tard on pratiqua la cystotomie suprapubienne et rétablit le calibre de l'uretère. Deux mois après toute l'urine passait par la vessie ; malheureusement le rétrécissement de l'uretère reparut au bout de quelques mois et l'urine repassa par la fistule lombaire. L'auteur fait remarquer que dans ces cas la néphrectomie est particulièrement grave.

MÉDECINE PRATIQUE

L'EAU CHAUDE EN CHIRURGIE

Les services que l'emploi de l'eau chaude peut rendre en chirurgie ont été récemment mis en relief par M. Reclus.

Tout d'abord dans les *grands traumatismes* des membres pour lesquels M. Reclus préconise depuis longtemps la conservation à outrance. On sait d'après sa récente communication au dernier Congrès de chirurgie que jamais, quelle que soit la gravité et l'étendue des lésions, M. Reclus ne pratique l'amputation du membre écrasé : il l'enveloppe dans des substances antiseptiques et, sous le couvert de cet embaumement, il laisse à la nature le soin de séparer le vif du mort. Mais cette conservation à outrance n'est possible qu'avec le secours de l'eau chaude, employée de la façon suivante.

Après la désinfection du membre et le malade, presque toujours en état de choc traumatique, étant entouré de linges chauds, la plaie est lavée avec de l'eau chaude à 60-62 degrés. Le lavage est fait avec un irrigateur que l'on élève assez au-dessus du plan où est couché le malade pour que la pression du jet soit assez énergique. En effet, le jet d'eau chaude doit laver toutes les surfaces, fouiller toutes les anfractuosités, tous les décollements de la plaie; pas un de ses recoins ne doit lui échapper. A ce prix seulement, on peut espérer enlever tous les caillots, entraîner tous les corps étrangers avec les microorganismes qui les souillent.

Cette eau chaude a un triple avantage. D'abord à cette haute température elle est vraiment antiseptique; en second lieu, elle est hémostatique et sous son influence on voit l'hémorrhagie s'arrêter; en troisième lieu, elle réchauffe le blessé algide de par la perte de sang et le choc traumatique.

Une autre indication de l'emploi de l'eau chaude sont les *hémorrhoïdes* chez les malades qui refusent l'opération radicale. A chaque crise nouvelle les malades font sur la région anale des applications de compresses de tarlatane préalablement plongées dans de l'eau à 55 degrés. Comme l'eau se refroidit très vite, il faut de minute en minute remettre la compresse dans l'eau chaude et la réappliquer immédiatement au fond de la rainure interfessière. En même temps, tous les matins le malade prend un lavement d'eau chaude à 55 degrés. Lorsqu'il s'agit d'hémorrhoïdes jeunes, peu volumineuses, sans contraction sphinctérienne marquée, sans bourrelets variqueux appréciables, on voit l'eau chaude conjurer les crises et les espacer tellement que cette amélioration équivaut à une guérison.

L'eau chaude serait, d'après M. Reclus, vraiment souveraine dans le traitement des *prostatites aiguës*. La technique est des plus simples. On introduit dans l'anus lentement, prudemment, pour ne pas heurter la prostate volumineuse qui obstrue l'ampoule rectale, la canule d'un irrigateur rempli d'eau à la température de 55 à 60 degrés; puis on ouvre à peine le robinet et on laisse pénétrer peu à peu le liquide qui bientôt baigne la prostate. On répète ce lavement deux fois par jour jusqu'à guérison complète. L'amélioration est presque immédiate et, dans les neuf cas recueillis par M. Reclus, il n'est jamais survenu de suppuration.

Le même traitement donne encore des résultats excellents dans les *congestions des prostatiques*, et fréquemment M. Reclus a vu un lavement d'eau chaude conjurer ces crises de rétention d'urine que ramènent chez les prostatiques le moindre excès, la moindre fatigue, le plus léger refroidissement.

Dans les *ovaro-salpingites* M. Reclus procède de la façon suivante: il désinfecte, modifie et draine la muqueuse utérine, et en même temps il fait prendre aux malades des lavements d'eau chaude. Ce lavement est pris le mieux au matin, une demi-heure environ avant le lever.

On met sur la table de nuit l'irrigateur rempli d'eau à la température de 55 degrés au moins ; on introduit la canule dans le trajet sphinctérien et l'on ouvre le robinet doucement de façon que peu de liquide passe à la fois dans l'intestin; grâce à cette lenteur, ses tuniques musculaires ne se contractent pas et c'est ainsi qu'on fait pénétrer une quantité plus considérable d'eau. Si néanmoins le besoin d'aller à la garde-robe tendait à se faire sentir, on s'arrête, on laisse s'apaiser cette envie, puis on ouvre doucement le robinet. La malade garde le lavement une demi-heure, si c'est possible; ensuite elle se lève, le rend et recommence le lendemain.

Sous l'influence de cette pratique, M. Reclus a vu un très grand nombre de péri-métro-salpingites rétrocéder et même guérir.

LES INJECTIONS VAGINALES EN GYNÉCOLOGIE

Comme toutes les médications tombées dans le domaine public, que les malades entreprennent et suivent sans consulter le médecin, et qui laissent une large place à la fantaisie et aux goûts personnels du praticien, les injections vaginales ont vu leurs indications précises s'effacer, comme l'effigie d'une vieille pièce de monnaie. D'une façon générale, on prescrit les injections chaudes; d'une façon générale encore, on les ordonne antiseptiques, préférant, qui l'acide borique, qui le phénol, qui le sublimé; d'une façon générale enfin, on les conseille à toute personne qui vient consulter pour une affection de l'appareil génital; et si la malade est déjà au régime de l'eau chaude antiseptique, on se contente de faire baisser ou augmenter la température du liquide, changer un antiseptique contre un autre, et on continue la balnéation locale.

Les injections vaginales ne constituent pourtant pas une médication indifférente. Souvent très utiles, mais pouvant aussi devenir nuisibles quand elles sont mal ordonnées, elles comportent des indications assez précises quant à la température, quant à la substance médicamenteuse à employer, sans parler des indications tirées de l'affection génitale elle-même. Tous ces points viennent d'être étudiés d'une façon très nette par M. Strassmann, assistant du professeur Gusserow, de Berlin. Ce qui va suivre est le résumé de ce travail.

* * *

M. Strassmann divise les injections en trois groupes, suivant le but qu'elles sont censées d'atteindre : 1° injections de propreté; 2° injections chaudes destinées à provoquer certaines modifications par leur température élevée; 3° injections médicamenteuses, antiseptiques, agissant par la substance dissoute.

Injections de propreté. — M. Strassmann pense qu'on en abuse en pratique, qu'une femme bien portante ne doit pas les prendre à tort et à travers. Ordinairement ces injections sont faites par les femmes pendant les règles, après le coït et pendant la grossesse.

Pour ce qui est des injections prises pendant les époques menstruelles, elles peuvent être nuisibles, quand leur température est trop basse ou trop élevée en l'espèce. Il faut du reste savoir que vingt-quatre à trente-six heures après la cessation de l'écoulement, le vagin est complètement nettoyé et ne renferme ni sang, ni caillots, ni débris organiques. Dans ces cas, par conséquent, la toilette des organes externes suffit largement.

Les injections faites après le coït sont souvent la cause de la stérilité : le fait est connu. M. Strassmann cite plusieurs cas de femmes venues le consulter pour la stérilité et devenues enceintes, après avoir renoncé aux injections de propreté après le coït.

Les injections vaginales sont enfin directement nuisibles en cas de grossesse, chez les personnes bien portantes, chez lesquelles elles déterminent alors une diminution du pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales, mis en évidence par les récentes recherches de Doderlein, de Kronig et d'autres.

En somme, d'après M. Strassmann, les injections de propreté ne seraient indiquées que dans une seule circonstance : quand les femmes portent un pessaire. Comme le pessaire ne peut être enlevé et nettoyé tous les jours, il faut veiller à la propreté de la cavité dans laquelle il est placé. Dans ces cas on prescrira donc les injections vaginales tièdes, de 28 à 32 degrés. On se gardera bien de dissoudre dans le liquide des substances médicamenteuses qui, dans ces conditions, se déposent sur le pessaire, le rendent rugueux et par conséquent encore plus irritant pour le vagin. En donnant l'injection, le médecin aura soin de ne pas toucher le pessaire avec la canule qui peut alors déplacer l'anneau.

Les injections vaginales peuvent dans ces cas être continuées pendant les époques menstruelles.

* * *

Injections chaudes. — Les injections d'eau chaude dont la température varie de 40 à 50 degrés, agissent surtout par la chaleur qui a pour effet d'activer la circulation dans les organes du petit bassin; elles sont vaso-dilatatrices à la température de 40 à 45 degrés, et deviennent vaso-constrictrices quand leur température est de 45 à 50 degrés. Les injections chaudes de 40 à 45 degrés sont indiquées dans certaines métrites, notamment dans la *métrite atrophique* par lactation prolongée, par ménopause précoce, chez les obèses etc.; dans ces cas on voit les injections vaginales régulariser les fonctions utérines, les écoulements menstruels. Elles sont également du plus grand secours dans la *métrite chronique*, avec utérus dur, violacé par congestion veineuse : sous l'influence des injections, les troubles fonctionnels disparaissent, les menstrues deviennent plus abondantes, la muqueuse reprend sa coloration rosée. Dans les *métrites par sub-involution de l'utérus puerpéral*, elles provoquent une rétraction de l'utérus volumineux et la transformation muqueuse des lochies sanguinolentes.

Dans tous ces cas, il est quelquefois utile d'accroître l'effet des injections chaudes par l'addition de substances, irritants légers, sel de cuisine, carbonate, etc; le mieux est d'employer la *teinture d'iode à la dose de une ou deux cuillerées à café par litre d'eau* chaude. Mais dans aucune circonstance il ne faut employer alors les antiseptiques proprement dits qui durcissent l'épithélium et comportent le danger d'absorption par la muqueuse dont le pouvoir de résorption se trouve augmenté sous l'influence de la chaleur.

Les injections chaudes de 45 à 50 degrés agissent d'une façon tout à fait remarquable dans les *inflammations chroniques péri-utérines*, dans les *exsudats péri et para-utérins*. Sous l'influence du repos joint à ces injections, on voit les exsudats se résorber et tout rentrer dans l'ordre chez des femmes qui paraissaient ne pouvoir guérir que par l'opération. C'est dans ces cas que les injections doivent être abondantes, de deux litres au moins pour chaque injection, qu'on prend matin et soir. Si la malade n'est pas condamné au repos absolu, il faut qu'elle garde, dans ces cas, le lit au moins pendant une heure après chaque injection.

Il arrive quelquefois que chez ces malades les injections rendent la douleur plus intense et semblent aggraver les troubles préexistants. Cette aggravation indique l'existence dans le bassin des exsudats récents, non encapsulés, renfermant souvent des bactéries virulentes. L'indication est alors formelle; il faut renoncer aux injections pour quelque temps. Il en est de même quand cette aggravation se manifeste dans les *abcès du petit bassin* d'origine para ou péri-utérine, à évolution aiguë, fébrile.

Les propriétés astringentes des injections chaudes sont parfois utilisées dans les hémorrhagies utérines, dans les métrorrhagies par endométrite, par annexite, par fibromyomes, etc. L'effet de ces injections peut être augmenté par l'addition d'acide tannique à la dose d'une cuillerée à bouche par litre d'eau. Naturellement dans tous ces cas les injections chaudes n'agissent que comme moyen d'attente, la métrorrhagie exigeant dans ces cas un traitement en rapport avec l'affection fondamentale.

* * *

Injections médicamenteuses. — Les injections médicamenteuses sont le traitement de choix des vaginites catarrhales simples ou muco-purulentes. Il faut dans ces cas distinguer entre les diverses variétés de vaginites et employer pour chacune le médicament approprié.

M. Strassmann divise la vaginite catarrhale en deux formes. La première qu'il désigne sous le nom de *vaginite sèche* ou *séborrhée du vagin* et qui s'observe chez les femmes grasses, les vieilles filles et quelquefois pendant la grossesse, est due à la simple hypersécrétion du vagin et est caractérisée par un écoulement contenant principalement des parcelles blanchâtres composées d'épithélium et de microphytes. Cette vaginite disparaît très rapidement avec des injections alcalines, une cuillerée à bouche de bicarbonate de soude par exemple pour un litre d'eau. Il est possible que ces injections agissent principalement en neutralisant l'acidité trop grande des sécrétions vaginales, que l'on rencontre dans ces cas. C'est dans cette forme que l'alun si souvent employé est absolument contre-indiqué.

La seconde forme, le *catarrhe muco-purulent du vagin* d'origine non gonorrhéique, s'observe principalement chez les vieilles femmes et quelquefois chez les fillettes à la suite de pénétration d'ascarides dans le vagin. Dans la *vaginite sénile* on peut obtenir des résultats remarquables par le vinaigre de bois à la dose de deux cuillerées à bouche par litre d'eau d'injection. Dans les autres cas de vaginite muco-purulente, les injections seront faites avec du lysol ou du solvéol (une à deux cuillerées à café par litre d'eau) préférables en l'espèce à l'acide phénique ou au sublimé. On pourra encore employer avec avantage le sulfate de zinc à la dose d'une cuillerée à bouche par litre d'eau.

Dans la *gonorrhée* de la femme, traitée presque toujours d'une façon banale par les injections, le traitement doit varier avec la localisation de l'infection. Souvent l'infection est localisée à l'urèthre et ce qu'on trouve est une *uréthrite* avec vulvite par irritation, causée par l'écoulement des sécrétions uréthrales. Les injections vaginales ont dans ces cas pour seul effet d'entraîner le gonocoque dans le vagin et de provoquer ainsi une vaginite gonorrhéique. Elles sont donc directement nuisibles. L'uréthrite gonorrhéique sera traitée par le repos, la diète, les balsamiques à l'intérieur, par les lavages et les irrigations de sulfate de zinc à 1 p. 100.

Dans d'autres cas, l'infection est localisée au col de l'utérus. On trouve un *catarrhe aigu du col* avec sécrétion verdâtre muco-purulente. A cet état, le médecin se contentera de faire tous les jours un écouvillonnage soigné du vagin avec un tampon d'ouate, trempé dans une solution de sublimé à 1 p. 1000, et de placer ensuite dans le vagin un tampon trempé dans de la glycérine iodoformée à 3 ou 5 p. 100. Ce traitement a pour avantage de calmer la douleur et les démangeaisons et de s'opposer dans une certaine mesure à la propagation du catarrhe spécifique des trompes. Les injections vaginales et le traitement de la métrite et de l'annexite spécifique, ne seront commencés que lorsque les sécrétions du col prendront un aspect plus muqueux et une coloration blanchâtre.

La *vaginite granuleuse* qui se manifeste seulement quelques semaines après l'injection sera traitée par les injections antiseptiques faibles. On emploiera à cet effet le solvéol (une à deux cuillerées à café par litre d'eau) moins caustique, moins toxique que l'acide phénique.

Les injections médicamenteuses trouvent encore leur indication dans les *néoplasmes inopérables du col et du vagin*. On les emploie, soit pour arrêter l'hémorrhagie, soit pour modérer la suppuration ou la putréfaction.

Si l'hémorrhagie est abondante, on fera le tamponnement et plus tard le curettage suivi de cautérisation du néoplasme. Si l'hémorragie est légère on fera des injections d'eau froide, car dans ces cas l'eau chaude désagrège des néoplasmes ramollis et loin d'arrêter l'hémorrhagie, la rend plus forte. Contre les suppurations abondantes et les putréfactions des néoplasmes, on aura recours aux injections désinfectantes. On emploiera, de préférence, la créoline à la dose de une à deux cuillerées à café par litre d'eau.

R. Romme.

1. P. Strassmann. — Uber Ausspulungen in der gynäkologischen Behandlung (*Therapeut. Monatshefte*, n° 12, p. 639, 1895).

FORMULAIRE PRATIQUE

Conjonctivite purulente des nouveau-nés.

M. Sicherer, assistant à la Clinique ophtalmologique de Munich, préconise la solution d'oxycyanure de mercure au 500e dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. D'après l'état de la lésion, on fait un, deux ou trois lavages copieux des yeux avec cette solution, puis la conjonctive ainsi bien nettoyée, on met en permanence sur les yeux de petits sachets de glace.

Si les lavages sont faits tout à fait au début, on est sûr de préserver la cornée. Ils réussissent encore quand l'infiltration n'est pas profonde. En tous les cas, pour M. Sicherer, l'action de l'oxycyanure de mercure serait plus sûre, plus efficace et plus irritante que celle du nitrate d'argent.

Hydrocèle.

Avec M. Dury (de Liège), M. Ponsard se déclare partisan du *traitement de l'hydrocèle par les injections d'éther iodoformé*, dont il a pu constater l'efficacité remarquable, non seulement dans des cas récents, mais encore dans des cas anciens ayant résisté à tous les traitements usuels. Le manuel est des plus simples, et un seul instrument est nécessaire : la seringue de Pravaz.

Le champ opératoire étant convenablement aseptisé et la main gauche tenant les bourses, on prend de la droite la seringue armée de l'aiguille que l'on enfonce ainsi facilement au lieu d'élection. Ceci fait, on retire le corps de la seringue, et le liquide vaginal s'écoule lentement, mais avec assez de facilité cependant, à travers l'aiguille laissée en place. Si l'écoulement laissait à désirer, on peut, tout en laissant l'aiguille en place, vider la vaginale à l'aide d'un fin trocart que l'on retire ensuite, en fermant la piqûre avec un peu de collodion.

L'injection est alors faite par l'aiguille laissée en place, à laquelle on adopte le corps de la seringue. Il en faut 3 à 8 grammes de solution au dixième, la quantité de liquide à injecter variant avec les dimensions de l'hydrocèle.

Après l'injection, l'éther se volatise, bouillonne, projetant l'iodoforme de tous côtés. La poche se tend, et, si la tension semble exagérée, on retire le doigt de l'ouverture pour laisser échapper quelques vapeurs d'éther; mais il faut en abandonner le plus possible à l'intérieur.

La douleur est pour ainsi dire nulle, et les malades peuvent faire une course à pied, immédiatement après l'injection.

Hémorrhoïdes et fissures anales.

M. Schmey rapporte plusieurs cas où les *badigeonnages journaliers avec une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100* ont amené en peu de jours la guérison des hémorrhoïdes et des fissures anales. Dans un cas, les nodules hémorrhoïdaires, et la coccygodynie qu'ils provoquaient, ont complètement disparu après huit badigeonnages. Il en fut de même dans un cas de fissure anale extrêmement douloureuse dont la guérison a été complète au bout de huit jours.

Ces badigeonnages sont absolument indolores.

Bactériologie pratique

Diphtérie. — Est-il donc impossible à un praticien n'ayant pas la ressource de pouvoir faire faire des recherches par un Institut quelconque, et n'ayant lui-même aucune connaissance spéciale en la matière, de s'aider, pour son diagnostic étiologique, le plus important au point de vue thérapeutique, des connaissances bactériologiques ?

Le praticien, qui ne pourra avoir en réserve quelques tubes de sérum, en tout cas s'en procurera facilement (trousse de la *Presse médicale*, par exemple) dans les pharmacies, qui, peut-être, avant peu, devront, comme aux États-Unis, en avoir en dépôt, s'assurant seulement qu'il n'est pas trop ancien, pas desséché.

Après avoir, pour plus de sûreté, fait un léger lavage de la bouche, avec de l'eau bouillie, il prélèvera—à l'aide d'une aiguille à tricoter, d'une épingle à cheveux redressée, d'un fil de fer aplati à une extrémité d'un coup de marteau, l'instrument ayant été préalablement fortement flambé et refroidi sans contact avec les objets ambiants, ou même d'un simple bâtonnet de bois passé dans la flamme—une parcelle de fausse membrane, portée ensuite à la surface du sérum des tubes, en l'essuyant suivant la ligne médiane, successivement sur deux ou trois tubes, débouchés l'un après l'autre, sans recharger l'instrument.

Les tubes ayant été ensuite maintenus, pendant dix-huit à vingt-quatre heures, à une température voisine de 37 degrés (près d'un poêle ou dans une cheminée, la température étant donnée par un thermomètre — dans un vase contenant un peu d'eau chauffée, la température pouvant être assez bien réglée soit par le plus ou moins d'éloignement du foyer, soit par sa plus ou moins grande intensité — enfin, les tubes à culture peuvent être maintenus sous l'aile d'une poule), si, au bout de ce temps, tout le long de la ligne d'ensemencement apparaissent de petits points blanchâtres, arrondis, plus épais à leur centre qu'à la circonférence, très nombreux, il est probable que ce sont des colonies de bacilles diphtériques.

Si par hasard on a à sa disposition, un peu de bouillon de culture (eau 1.000 grammes, viande 500 grammes, peptone 10 grammes, sel marin 5 grammes), avec une aiguille, comme pour le précédent ensemencement, on peut prélever une petite partie d'une de ces colonies que l'on choisira de préférence très isolée et dans le dernier tube ensemencé, puis tremper l'extrémité de l'aiguille dans le bouillon (de préférence, légèrement, dans la couche superficielle) que l'on maintient ensuite à une température voisine de 37 degrés. Si, après vingt-quatre heures, le bouillon est légèrement trouble; s'il s'éclaircit ensuite peu à peu, le deuxième et le troisième jour, tandis que sur les parois et sur le fond du vase se dépose une très fine poussière blanche, avec, assez fréquemment, à la surface du liquide, un voile très léger et très fragile, paraissant formé par la juxtaposition, sans grande cohésion, de certains de ces grains de poussière, il est alors très probable que l'on est en présence du bacille diphtérique.

BIBLIOGRAPHIE

Trouessart. — *Diagnostic bactériologique des maladies microbiennes à l'usage des médecins praticiens.* (Paris, Asselin et Houzeau, 1895.)

On peut dire que ce petit manuel pratique arrive à son heure. Conçu au lendemain de la fort intéressante discussion sur le diagnostic bactériologique des angines infectieuses récemment portée à la tribune de l'Académie de médecine, ce livre représente un résumé complet et extrêmement clair de toutes les indications utiles au praticien.

Notre éducation professionnelle se simplifie chaque jour, tout en se perfectionnant. Le plus modeste médecin de campagne, peut, s'il le veut, posséder en quelques jours toutes les notions de bactériologie suffisantes pour la pratique ordinaire.

Les laboratoires officiels de bactériologie, alors même qu'ils seraient beaucoup plus nombreux qu'actuellement, ne pourraient lui fournir assez vite ni assez souvent tous les diagnostics microbiques, dont, hormis la diphtérie, il devra avoir besoin.

Les chapitres consacrés par l'auteur à l'examen microscopique des crachats, au diagnostic de la bacillose, aux angines à fausses membranes, aux différentes variétés du pus, au diagnostic de la fièvre typhoïde, sont, dans leur concision, des modèles d'exactitude et de sens pratique.

Les figures demi-schématiques, destinées à montrer les caractères des microbes pathogènes habituels, facilitent les descriptions en sollicitant la lecture du texte. Enfin, les quelques pages consacrées au commencement du livre à l'organisation d'un laboratoire de bactériologie élémentaire, méritent d'être citées; car, elles montreront combien minimes sont les dépenses indispensables pour mettre en pratique les sages conseils et les procédés techniques réunis dans les deux cents pages qui suivent.

Je ne me permettrais, pour ma part, qu'une seule réflexion exprimée sous la forme d'un regret. Le livre de M. Trouessart approcherait de la perfection s'il était illustré des douze ou quatorze figures en couleur nécessaires pour montrer les différentes cultures, les colorations diverses, les formes et les dimensions des germes pathogènes les plus communs. L'œil inexpérimenté du lecteur aurait trouvé dans ces images les points de repère précis, si indispensables aux débutants.

M. Letulle.

Paul Langlois, Chef des Travaux physiologiques à la Faculté de Médecine de Paris. — *Précis d'Hygiène publique et privée.* (Paris, 1896).

Le Précis d'Hygiène que vient de faire paraître notre distingué collaborateur le Dr Langlois s'adresse spécialement aux étudiants en médecine. La place de l'Hygiène dans l'enseignement des sciences médicales prend chaque jour une importance nouvelle, et nous ne pouvons que regretter ici la faible part qui lui est accordée dans les épreuves probatoires. Alors que tous les examens ont subi des dédoublements successifs, la quatrième épreuve de doctorat réunit encore, à elle seule, trois matières : Thérapeutique, Médecine légale, Hygiène. Une interrogation, de dix minutes au plus, comprenant une ou deux questions banales, et voilà le jeune docteur lancé dans le monde, appelé demain à devenir le guide scientifique, le directeur hygiéniste du petit centre où il va exercer : il aura à répondre aux multiples questions de ses clients; peut-être aussi lui arrivera-t-il d'être appelé, à titre officiel, dans un Conseil ou une Commission d'Hygiène, et il aura, dans ce cas, à prendre des mesures dont dépendra l'état sanitaire de tout un département.

L'idée qui a présidé à la rédaction du livre de M. Langlois est précisément de mettre le nouveau praticien en état de répondre à de telles exigences. Toutes les questions d'hygiène que le public a le droit de poser au médecin, y sont traitées avec le soin constant de faire connaître, sur chaque sujet, ce qu'il importe d'en savoir pour aboutir à une conclusion pratique, comprendre dans chaque cas particulier ce qui doit être fait et l'exécuter correctement.

Réunir ainsi en un volume facile à lire et de moyenne étendue, les théories et la technique de l'Hygiène, constituait une tâche méritoire. Il n'existe pas, en effet, de science plus complexe, se rattachant directement à la Physiologie, à la Pathologie, à la Thérapeutique; l'Hygiène fait, à chaque instant, appel aux connaissances variées du physicien et du chimiste.

On l'oublie trop souvent; on ne remarque pas assez, d'ailleurs, que l'Hygiène a sa source principale dans la Physiologie humaine. Aussi nous associons-nous complètement aux revendications de M. Langlois, qui veut, dans le domaine de l'Hygiène, réserver à la Physiologie une place sinon prépondérante, au moins égale à celle qu'y tient aujourd'hui la Bactériologie. Le brillant chef des travaux physiologiques de la Faculté de Médecine de Paris se garde, toutefois, de diminuer l'importance attribuée aux microorganismes pathogènes : il n'y a pas de chapitre de son livre où il ne s'inquiète du rôle de ces agents et ne s'applique à le préciser. La présence des microbes dans le sol, dans l'eau, dans l'air, dans nos aliments, leur résistance, les causes de destruction qu'ils rencontrent, l'occupent, comme il convenait. Mais l'auteur n'hésite pas à affirmer que le microbe pathogène n'est pas tout, que l'Hygiène ne réside pas, ainsi que se le figure le public ignorant et simpliste, dans l'art de détruire le microbe, qu'il faut surtout (étant donné que jamais nous ne pouvons être certains de supprimer autour de nous les agents infectieux) tendre à nous placer dans des conditions de non-réceptivité morbide, permettant de lutter contre l'infection, quelle qu'elle soit.

Les premiers chapitres du *Précis* de M. Langlois traitent du sol, de l'eau, de l'atmosphère et résument exactement l'état de nos connaissances sur ces sujets. Nous n'y trouvons pas de nouveauté spécialement intéressante à signaler. Il en est autrement de l'étude pleine d'originalité qu'il a consacrée à l'alimentation : s'appuyant sur les dernières conceptions de l'isodynamisme, l'auteur montre comment s'expliquent les contradictions de jadis, relatives à l'insuffisance de la ration alimentaire des paysans et de certaines peuplades peu civilisées : la petite quantité de viande dont beaucoup se contentent est, en effet, très inférieure à celle que la Physiologie croyait nécessaire à l'entretien de l'organisme, mais l'ancienne division de la ration alimentaire en albuminoïdes, graisses et hydrate de carbone, doit être aujourd'hui abandonnée : il faut, il est vrai, un minimum déterminé d'albuminoïdes pour compenser les pertes en azote de l'économie, mais ce minimum est faible. Le reste des aliments est surtout destiné à fournir de l'énergie : il faut un certain nombre de calories pour entretenir la machine animale et sa température normale au repos, un nombre plus élevé quand elle travaille, d'autant plus grand qu'elle travaille davantage; or, ce nombre de calories nécessaire, nous le trouvons dans toutes les rations alimentaires, qu'elle qu'en soit la composition.

Après s'être laissé entraîner dans cette étude si intéressante, le physiologiste redevient hygiéniste pour exposer les dangers des aliments malsains, établir la comparaison entre la viande saine et la viande malade, montrer les tristes conséquences de l'alcoolisme, etc.

Il aborde ensuite la question si complexe de l'habitation : c'est à la fois en médecin et en architecte qu'il étudie les problèmes variés de la construction, de l'aération et du chauffage. L'éloignement des *nuisances* l'occupe spécialement. Eloigner de l'habitation isolée les scories de la vie humaine est déjà chose difficile, mais combien le problème se complique quand il s'agit de préserver du voisinage de ces scories nos agglomérations actuelles de plusieurs milliers ou millions d'individus! Les égouts, la façon de les construire et de les distribuer, les conditions de capacité, d'irrigation, etc., auxquelles ils doivent satisfaire, sont brièvement passés en revue. Il en est de même de la fosse de vidange, depuis la fosse fixe et l'épandage grossier, tel qu'il se pratique encore aux environs de Lille, jusqu'aux systèmes divisés compliqués et au tout-à-l'égout complet. Tout en n'hésitant pas à reconnaître dans ce dernier procédé le système de l'avenir, M. Langlois fait remarquer les difficultés considérables qui surgiront quand on voudra l'appliquer à une agglomération de trois millions de citadins, entourée elle-même d'une banlieue riche et bien peuplée.

Signalons simplement les chapitres consacrés à l'étude des groupes sociaux : bureaux militaires, marins, scolaires. Sur l'hygiène militaire et l'hygiène navale, les renseignements sont très documentés; l'hygiène scolaire est, au contraire, un peu trop négligée : la question du surmenage, de l'influence des programmes trop chargés, du matériel scolaire, etc., est fortement écourtée; c'est ici, pourtant, que le rôle des exercices physiques aurait pu trouver sa place, alors que nous l'avons vainement cherché dans le cœur de l'ouvrage. Sous la plume du traducteur de *La Fatigue*, de Mosso, cette lacune nous étonne.

L'hygiène industrielle a été traitée avec plus de développement, et c'est avec intérêt qu'on lira l'étude sur la législation comparée de l'hygiène dans les différents pays européens.

Le *Précis* du Dr Langlois n'est pas seulement un manuel : écrit en vue des examens que l'étudiant en Médecine doit subir, il constitue, en outre, par l'abondance des documents et des chiffres, un véritable agenda de l'hygiéniste.

Louis Olivier.

Jacques Bertillon. — *Cours élémentaire de statistique.* Un vol. in-8 de 600 pages avec courbes. Prix : 10 fr. (Paris, Société d'Éditions scientifiques, 1896).

La statistique est une science dont tout le monde parle, et dont bien peu de personnes connaissent les lois. En rendant compte, dans un journal médical, du cours élémentaire de statistique de M. Bertillon, nous devons nécessairement songer à l'utilisation de la statistique dans les sciences médicales. Or, c'est peut-être dans cette branche de la science que l'on a usé et abusé de la statistique, sans faire intervenir l'esprit critique nécessaire. C'est en s'appuyant sur les contradictions des résultats numériques apportés par les médecins et les chirurgiens à propos de tout : méthode de traitement, opérations chirurgicales, etc., que l'on a mis en suspicion la statistique. Et cependant, si quittant le domaine médical proprement dit, où il est impossible d'appliquer des règles d'observations rigoureuses, on s'occupe des questions d'hygiène, on voit quelles ressources précieuses, quel puissant instrument de contrôle la statistique offre à l'hygiéniste.

M. Bertillon insiste sur l'importance extrême des méthodes employées, sur la rigueur avec laquelle chaque chiffre, chaque donnée doivent être contrôlés. En statistique, dit-il, comme en bien d'autres sujets, le comble de la sagesse consiste à se méfier de ses collaborateurs, surtout quand ils sont loin. Après avoir exposé les principes généraux de l'art du statisticien, l'auteur fait connaître comment ils sont appliqués dans l'état actuel des choses. Il passe en revue toutes les statistiques élaborées dans les principaux pays (recensement et mouvements de population, tribunaux, institutions de bienfaisance et de prévoyance, instruction publique, armée

agriculture, industrie, office du travail, douanes, navigation intérieure et maritime, chemins de fer, routes, postes, propriétés bâties et non bâties, etc., etc.), et consacre à chacune d'elles un chapitre spécial qui est généralement divisé en trois parties indiquant : 1° comment cette statistique est organisée en France; 2° comment elle est organisée à l'étranger, et notamment dans un pays où elle passe pour bien faite; 3° quels sont, à ce sujet, les résolutions et vœux des assemblées internationales de statisticiens (Congrès de statistique, Institut international de statistique, etc.).

Le médecin lira avec un grand intérêt les chapitres consacrés à la natalité, à la mortalité et suivant les âges, les professions, etc. La morbidité malheureusement, sauf dans des cas spéciaux, échappe encore aux calculs des statisticiens. P. LANGLOIS.

L. Vignes. *Technique de l'exploration oculaire. Introduction à l'étude de l'ophtalmologie*, un vol. in-8, 213 fig., 470 pages (MALOINE, 1896, Paris).

Les études ophtalmologiques reposent plus que jamais sur la connaissance de plus en plus approfondie des lois, soit de physique pure, soit de physiologie qui dirigent, règlent le fonctionnement normal de l'appareil de la vision. Quelle que soit l'habileté acquise par le maniement du malade, jamais on n'aura d'ophtalmologistes dignes de ce nom, s'ils ne possèdent exactement, non pas des notions, mais une conception très profonde et de l'optique physique et de l'optique physiologique. Aussi devons-nous féliciter le Dr Vignes, d'avoir insisté sur la dioptrique géométrique. Nos étudiants en médecine arrivent malheureusement à la Faculté de médecine avec un bagage scientifique moins que lourd.

Tout ce qui est formule algébrique, construction géométrique les arrête, ils acceptent trop souvent sans réfléchir les formules toutes faites, les définitions commerciales au besoin, pour éviter tout travail de tête. Qu'ils se donnent la peine de suivre, un crayon à la main, les chapitres que Vignes consacre à la dioptrique, et ils verront, que sans faire appel à des connaissances mathématiques qu'ils ne possèdent pas, avec la simple propriété des triangles semblables, on peut résoudre les problèmes ordinaires de la marche des rayons lumineux dans les lentilles et par suite dans le globe oculaire.

Signalons dans l'étude des anomalies optiques, les quelques pages consacrées à l'astigmatisme. L'ophtalmologie a fait dans ces vingt dernières années de grands progrès, non seulement dans la connaissance plus exacte des causes de l'astigmatisme, mais aussi dans les corrections possibles pour remédier à l'inégalité plus ou moins accentuée des trois axes de l'ellipsoïde.

Il était naturel que dans un traité de technique de l'exploration oculaire, l'ophtalmoscopie occupât une large part. Après quelques pages consacrées à l'exposé des lois de la catoptrique, Vignes entre dans la partie pratique. La question de l'éclairage de l'œil et celle du grossissement des images ophtalmoscopiques est considérablement développée. Le chapitre VI consacré à l'exposé des données actuelles sur les sensations visuelles nous intéressait particulièrement. Nous retiendrons surtout les pages consacrées à la vision chromatique. A côté de la théorie de Young-Helmoltz dont on a un peu trop abusé, nous trouvons, bien développée, celle de Héring, beaucoup plus actuelle et répondant mieux aux conceptions nouvelles, tout en laissant encore tant de points obscurs. Peut-être est-ce dans ce chapitre, que nous trouverons quelques faiblesses, mais il ne faut pas oublier que ce livre n'a pas la prétention d'être une annexe d'un ouvrage de physiologie pure; qu'il est avant tout destiné à des médecins et que les critiques que nous pourrions faire seraient exagérées. Le clinicien préférera aux discussions approfondies sur le pourpre rétinien, l'innervation des cônes et des bâtonnets, la lecture du dernier chapitre consacré à l'examen clinique et à la thérapeutique des diverses altérations constatées dans l'appareil de la vision. P. LANGLOIS.

Von Kahlden et Laurent. — *Technique microscopique appliquée à l'anatomie pathologique et à la bactériologie*, 1 vol. in-8, Paris (G. CARRÉ, éditeur, 1896).

C'est une bonne fortune pour ceux qui travaillent dans les laboratoires de pouvoir consulter un livre comme celui-ci; nous ne saurions trop remercier M. Laurent d'avoir traduit et complété, sur certains points, l'excellente technique microscopique du professeur von Kahlden. Ce qui distingue, en effet, cet ouvrage, c'est la précision, jusque dans les moindres détails, c'est le soin constant d'indiquer toujours, parmi les différentes méthodes, celle qui est la plus simple et la plus convenable. Ce livre n'est pas un recueil de formules ou de procédés; c'est un conseiller judicieux.

L'ouvrage se trouve divisé en quatre parties : dans la première les auteurs indiquent les méthodes générales pour le durcissement des pièces, leur inclusion, l'injection des vaisseaux; la deuxième partie comprend les procédés utilisé pour colorer les tissus dégénérés et les cellules, puis vient l'exposé de la technique bactériologique.

On trouvera dans un important chapitre, les méthodes générales, applicables à la plupart des bactéries, et celles qui doivent être utilisées de préférence pour telle ou telle espèce. Enfin, le livre se termine par l'examen des tissus et des organes et par quelques applications à la médecine légale. On voit, par cette courte analyse, quels nombreux services pourra rendre cet ouvrage, non seulement aux débutants, mais à tous ceux qui poursuivent des recherches histologiques ou bactériologiques. H. R.

F. Terrier, professeur à la Faculté de médecine et **M. Peraire**, ancien interne des hôpitaux. — *L'opération du trépan*, 1 vol. in-12, avec 222 gravures dans le texte. (F. ALCAN, éditeur).

La plupart des matériaux qui ont servi à la rédaction de ce travail ont été réunis par M. le professeur Terrier, pour ses leçons de médecine opératoire professées à la Faculté de médecine de Paris en 1894. Ces leçons ont été revues et complétées pour être aujourd'hui encore au courant de la chirurgie.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : la première est un aperçu succinct de l'histoire de la trépanation du crâne dans les temps préhistoriques, dans l'antiquité, au moyen-âge et à l'époque moderne.

La deuxième partie est consacrée à une description rapide des circonvolutions et des localisations cérébrales, suivie de l'étude de la topographie cranio-cérébrale c'est-à-dire de l'examen des rapports que les diverses régions des circonvolutions affectent avec les parois osseuses du crâne. Les moyens qui permettent sur le crâne intact de déterminer ces rapports sont aujourd'hui innombrables, et il est permis de regretter que les auteurs, après les avoir énumérés tous, ne se soient pas nettement prononcés sur la valeur qu'ils accordent à chacun d'eux.

La troisième partie comprend le manuel opératoire et la description des instruments actuellement employés; les auteurs se sont étendus sur les opérations nouvelles destinées à remplacer, jusqu'à un certain point, l'opération classique du trépan ou à la compléter.

Enfin la quatrième partie comprend un tableau des indications et des contre-indications de l'opération du trépan.

Les dessins, dus pour la plupart à M. Péraire, reproduisent les instruments usités pour ces opérations; la partie anatomique est également éclairée par de nombreuses figures.

F. Chiaïs. — *Les variations de la mortalité à Paris. Leur cause météorologique* (SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, Paris).

Les succès de la microbiologie ont dans les recherches sur les causalités morbides, sinon fait abandonner, tout au moins fait considérer comme d'importance secondaire l'action du froid et du chaud.

Les faits, qui sont les maîtres des théories, démontrent-ils qu'il faut rejeter dans les banalités étiologiques l'action pathogénique des modifications de l'atmosphère?

L'étude sur *Les variations de la mortalité à Paris* répond à cette question, et répond par des faits :

De la 1re à la 20e semaine, la mortalité hebdomadaire moyenne a été pour les années 1884 à 1888 de *1171*; et de la 26e à la 45e semaine de *915* : différence en plus pour les semaines hivernales : *256*. De 1889 à 1895, la mortalité hebdomadaire moyenne de la 1re à la 20e semaine a été de *1127*; et de la 26e à la 45e, de *886* : différence en plus pour chaque semaine hivernale, *241*.

L'école microbienne a fait passer dans son domaine les pneumonies. Que font les microbes lorsqu'ils n'ont d'autre adjuvant que la prédisposition individuelle? Voici ce que répondent les chiffres : la moyenne hebdomadaire de mortalité par pneumonie a été, pour les 20 premières semaines de 1887 et 1888, de *131*; et de la 26e à la 46e semaine, de *33* : différence en plus pour chaque semaine d'hiver : *98*. Les années 1889 à 1893 inclusivement ont donné à Paris comme moyenne hebdomadaire de mortalité par pneumonie : de la 1re à la 20e semaine, *101*; et de la 26e à la 45e, *29* : différence en plus pour la période hivernale *72* décès par semaine.

Tout n'est donc pas dit en médecine quand on a parlé de microbes : l'étude de l'atmosphère et de ses modifications s'impose à notre attention plus que jamais.

Il résulte du travail que nous présentons au lecteur que l'atmosphère n'est pas, comme l'enseignent les classiques un milieu que l'on puisse considérer et étudier comme ayant une composition invariable : c'est un milieu très changeant non seulement dans ses propriétés mais dans sa composition; c'est par l'intermédiaire des changements de composition que les propriétés thermiques de l'atmosphère agissent sur les fonctions de l'organisme humain. L'étude sur la cause météorologique des variations de la mortalité à Paris le démontre jusqu'à l'évidence.

Ces recherches n'ont pas seulement un intérêt théorique, elles ont aussi une portée pratique. Tous les climats subissent dans leur atmosphère des variations de composition analogues aux variations que subit le climat de Paris; mais ces variations ne sont pas partout de même degré et d'égale durée. La connaissance du degré et de la durée des diverses modifications de composition de l'atmosphère d'un climat donne la mesure de sa valeur pathogénique et de sa valeur prophylactique.

Avec cette notion la climatologie cesse d'être une science conjecturale; elle devient une science positive.

Répertoire thérapeutique

Dans tous les traités de pathologie ou de thérapeutique, le traitement des névralgies se trouve résumé à peu près dans les termes suivants, plus ou moins modifiés : « La douleur étant l'élément principal de cette affection, c'est à elle que doit tout d'abord s'adresser la médication. »

Mais, de combien d'insuccès cette thérapeutique n'est-elle pas la cause dans la pratique médicale? C'est qu'en effet, si les analgésiques peuvent réussir dans un certain nombre de cas de névralgies, il en est d'autres plus nombreux peut-être, où leur action est sans effet. Car aucune maladie n'est plus variée étiologiquement que la névralgie; et toute médication dans ces cas pour réussir, doit d'abord être causale. Aussi, nous appliquerons-nous à démontrer, dans cette courte étude thérapeutique : 1° que la plupart des névralgies dites essentielles reconnaissent pour étiologie une modification de la nutrition nerveuse; 2° que c'est surtout le traitement de cette perturbation de la nutrition nerveuse qui pourra amener une guérison durable.

Eliminons tout d'abord, au point de vue thérapeutique, les cas où l'origine périphérique de la névralgie semble indiscutable. Dans ces cas (névralgies *a frigore*, névralgies des mécaniciennes, des cuisiniers, des chauffeurs, névralgies traumatiques) les narcotiques et la révulsion produiront d'excellents effets.

Mais, le plus souvent, l'étiologie n'apparaît pas aussi nette, ou du moins la pathogénie n'est pas d'une interprétation aussi facile. Si, par exemple, les névralgies des diabétiques, des goutteux, des tuberculeux, des paludiques, des rhumatisants, si les névralgies de la fièvre typhoïde ou de la grippe, sont connues depuis longtemps, l'accord est loin d'être fait sur leur pathogénie. Il semble néanmoins rationnel d'admettre que c'est une modification de la crase sanguine agisssant sur les noyaux d'origine des nerfs, qui dans cette variété de névralgies produit l'entité morbide.

Viennent enfin les névralgies dites essentielles. Et c'est ici que notre thérapeutique, toute rationnelle, solidement assise sur une base étiologique, est vraiment active. C'est dans ces cas, que les injections de glycérophosphates faites suivant la méthode du Dr Robin, et avec les ampoules de Jacquemaire, nous ont toujours donné des résultats sérieux. En effet, ces névralgies, dites essentielles sont toujours l'indice d'une dépression nerveuse, acquise ou héréditaire. Dès 1871, Anstie, cité par Rigal dans sa Thèse d'agrégation, montrait que sur 100 cas de névralgies, 84 fois l'hérédité de déchéance nerveuse était évidente. Ainsi, un malade atteint de névralgie du trijumeau était un dipsomane : son père était mort aliéné, son grand-père était épileptique, et la dipsomanie était héréditaire depuis trois générations. Une migraineuse de vingt-cinq ans avait eté atteinte à la suite de travaux intellectuels forcés; son père et son frère étaient épileptiques, d'autres parents étaient morts fous. Une femme de soixante et onze ans avait une névralgie cervico-brachiale; sa mère avait eu un tic convulsif de la face, un oncle était mort paralysé.

Or, si l'on fouille avec soin les antécédents des malades, on trouve que l'asthénie nerveuse est toujours la règle héréditaire ou acquise, c'est donc seulement en relevant la nutrition nerveuse que l'on guérira ces malades. Le type en est l'observation de cette femme de soixante ans atteinte de tic douloureux de la face, citée par le savant médecin de la Pitié dans sa communication à l'Académie de médecine, en avril 1894, et qui, malade depuis sept ans, fut guérie en un mois par les injections de glycérophosphate de chaux.

C'est en nous inspirant de cette observation, que nous avons, depuis lors, traité presque toutes nos névralgies par les injections de glycérophosphate de chaux, nous servant de préférence des solutions de Jacquemaire que nous avions vu utiliser par le Dr Robin dans son service de la Pitié. Nous faisons quotidiennement des injections de 0,10 à 0,25 centigrammes de glycérophosphate de chaux sur le trajet du nerf. L'injection est peu douloureuse; tout au plus donne-t-elle lieu à des fourmillements et à un engourdissement, passagers dans la plupart des cas. Et si l'on a soin de se servir de solutions rigoureusement stérilisées, en ampoules ne servant qu'à une seule injection, l'on n'aura pas à redouter les abcès, qui ne manqueraient pas de se produire autrement, car les solutions de glycérophosphates sont d'excellents bouillons de culture. C'est pour ce double motif (dosage d'un glycérophosphate chimiquement pur, et stérilisation parfaite) que nous recommandons les ampoules de Jacquemaire. Chez aucun de nos malades nous n'avons eu le moindre accident à la suite de ces injections, et, dans un temps variant de dix jours à deux mois, limites extrêmes de nos observations, nous avons toujours vu les douleurs diminuer et disparaître en même temps que le malade accusait une sensation nouvelle de vigueur et de bien-être. Nous conseillons cependant de continuer le traitement une fois les douleurs disparues, sinon par les injections, du moins par les pilules ou le sirop de glycérophosphates composés, dont le Dr Robin a donné la formule dans le *Bulletin de thérapeutique*, et que M. Jacquemaire prépare d'une façon tout spécialement heureuse. Dr BLANCHARD.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC.... COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Le Médicament LE PLUS ACTIF contre la

TUBERCULOSE

Bronchites chroniques, Pleurésies, Tuberculoses osseuses, Viscérales, Ganglionnaires, etc., etc., est le

CREOSOTAL

DE " HEYDEN " OU CARBONATE DE CRÉOSOTE DE HÊTRE

Il contient 92 0/0 de Créosote et 8 0/0 d'Acide carbonique

Les estomacs les plus délicats le supportent très facilement pur aux doses de 1 à 3 ou 4 cuillerées à café par jour.

ON L'EMPLOIE AUSSI EN INJECTIONS HYPODERMIQUES

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

LE TANNATE DE CRÉOSOTE SOLUBLE

Contenant 60 0/0 de Créosote de hêtre et 40 0/0 de Tannin forme la base du

CRÉOSAL DUBOIS

SOLUTION (flacon et 1/2 flacon) — POUDRE GRANULÉE — CACHETS

Ce médicament a donné de merveilleux résultats dans les **Bronchites** aiguës ou chroniques, et **TUBERCULOSES** réalise d'une façon parfaite l'antisepsie des voies respiratoires et gastro-intestinales.

PAS IRRITANT, PAS CAUSTIQUE et TRÈS BIEN TOLÉRÉ

H. DUBOIS, Quai Jemmapes, 56, PARIS, et toutes bonnes Pharmacies

CARBONATE de CRÉOSOTE Marque "GRIFFON"

GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

Le CARBONATE de CRÉOSOTE et le CARBONATE de GAÏACOL *(Marque "GRIFFON")*

N'irritent pas, comme la **Créosote** et le **Gaïacol**, les *voies digestives*, et sont facilement supportés par tous les malades.

TUBERCULOSE, BRONCHITES CHRONIQUES, PLEURÉSIE, etc.

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

EXIGER la MARQUE "GRIFFON"

CARBONATE de GAÏACOL Marque "GRIFFON"

GARANTI CHIMIQUEMENT PUR